·论著·

基层公立医疗机构改革中的“以患者为中心”：医患沟通提高医疗服务质量了吗？

李东旭，苏敏*，刘斌，张天娇，张苇乐

【摘要】 **背景** “以患者为中心”为基层公立医疗机构的医患沟通方式和医患关系重构提出了更高要求。**目的** 分析“以患者为中心”的医患沟通对医疗服务质量的影响，为促进基层公立医疗机构改革提供相关科学依据。**方法** 选择内蒙古自治区某市主城区内所有提供基本医疗服务的公立社区卫生服务中心为研究现场，于2021年采用标准化病人法开展了现场调查。本次调查包括由26家医疗机构、59名医生和12名标准化病人组成的118条医患沟通数据。本研究选择感冒、哮喘和不稳定型心绞痛作为标准化病人所要扮演的疾病类型。结合多元回归模型和Probit模型，评估“以患者为中心”的医患沟通对医疗服务质量的影响。**结果** 由118条医患沟通数据得出的结果显示，中位推荐问诊条目依从性为17.6%（14.6%），中位推荐检查条目依从性为25.0%（40.0%）；其中75条（63.5%）诊断正确，59条（50.0%）治疗正确；中位总费用为84.84（130.44）元，中位药物费用为37.62（47.38）元；其中66条（55.9%）有不必要药物，71条（60.2%）有不必要检查；中位就诊时间为13.625（10.850）min；“以患者为中心”的医患沟通平均得分为（26.712±10.658）分，第一维度得分为（12.915±5.355）分，第二维度得分为（7.492±2.867）分，第三维度得分为（6.305±3.465）分。多元线性回归模型和Probit模型结果显示，“以患者为中心”的医患沟通总得分每增加1分，推荐问诊条目依从性提高0.001个百分点，推荐检查依从性增加0.001个百分点，诊断正确率平均上升4.6个百分点，治疗正确率上升4.2个百分点，总费用提高1.993元，药物费用提高0.517元，不必要药物比例下降3.4个百分点，不必要检查比例增加0.2个百分点，就诊时间减少0.291 min。**结论** “以患者为中心”的医患沟通增加了医疗服务的有效性和安全性，但也提高了医疗费用。需要从资源禀赋、薪资激励、医患关系、协同服务四方面促进“以患者为中心”的医患沟通，进而提高医疗服务质量。

【关键词】 卫生保健质量，获取和评价；质量改进；以患者为中心；医患沟通；基层医疗卫生机构；标准化病人

【中图分类号】 R 195 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0089

【引用本文】 李东旭，苏敏，刘斌，等.基层公立医疗机构改革中的“以患者为中心”：医患沟通提高医疗服务质量了吗？［J］.中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0089.［www.chinagp.net］

LI D X，SU M，LIU B，et al. "Patients-centered" in the reform of public primary health care institutions：does doctor-patient communication improve the quality of primary care services?［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］

"Patients-centered" in the Reform of Public Primary Health Care Institutions：Does Doctor-patient Communication Improve the Quality of Primary Care Services?

LI Dongxu，SU Min，LIU Bin，ZHANG Tianjiao，ZHANG Weile*

School of Public Administration，Inner Mongolia University，Hohhot 010021，China

**Corresponding author：SU Min，Professor/Doctoral supervisor；E-mail：sumin1227@126.com*

【Abstract】 **Background** The concept of "patients-centered" has presented higher requirements doctor-patient communication and reconstructing doctor-patient relationship in public primary health care institutions. **Objective** To analyze the impact of "patients-centered" doctor-patient communication on the quality of primary care services，and provide scientific evidence to promote reforms in public primary health care institutions. **Methods** All public community health centers providing primary care services in the main urban area of a city in Inner Mongolia Autonomous Region were selected as the study sites to conduct a field survey in 2021 using the standardized patient method，which included 118 items of doctor-patient communication data involving 26 medical institutions，59 doctors，and 12 standardized patients. Common cold，asthma，and unstable angina

基金项目：国家自然科学基金资助项目（72164031，72204128）；内蒙古自然科学基金资助项目（2020BS07002）

010021 内蒙古自治区呼和浩特市，内蒙古大学公共管理学院

*通信作者：苏敏，教授/博士生导师；E-mail：sumin1227@126.com

本文数字出版日期：2023-07-14

were selected as the types of diseases to be portrayed by the standardized patients in this study. A combination of multiple regression model and Probit model was used to evaluate the impact of "patients-centered" doctor-patient communication on the quality of primary care services. **Results** Results obtained from the 118 items of doctor-patient communication data revealed that the median adherence rate for recommended consultation items was 17.6% (14.6%), and the median adherence rate for recommended examination items was 25.0% (40.0%), among them, 75 cases (63.5%) were correctly diagnosed, and 59 cases (50.0%) were correctly treated. The median total cost was 84.84 yuan (130.44 yuan), and the median drug cost was 37.62 yuan (47.38 yuan), among them, 66 (55.9%) involved unnecessary drugs, and 71 (60.2%) included unnecessary examinations. The median visit duration was 13.625 (10.850) minutes. The average score for "patients-centered" doctor-patient communication was (26.712 ± 10.658), with the first dimension scoring (12.915 ± 5.355) points, the second dimension scoring (7.492 ± 2.867) points, and the third dimension scoring (6.305 ± 3.465) points. The results of multiple linear regression model and Probit model indicated that for every one-point increase in the total score of patient-centered doctor-patient communication, the adherence rates for both recommended consultation items and recommended examinations items increased by 0.001 percentage points, the correct diagnosis rate increased by an average of 4.6 percentage points, the correct treatment rate increased by 4.2 percentage points, the total cost increased by 1.993 yuan, the drug cost increased by 0.517 yuan, the proportion of unnecessary drugs decreased by 3.4 percentage points, the proportion of unnecessary examinations increased by 0.2 percentage points, and the visit duration decreased by 0.291 minutes. **Conclusion** "Patients-centered" doctor-patient communication enhances the effectiveness and safety of medical services, while it also increases medical costs. It is necessary to promote "patients-centered" doctor-patient communication from the aspects of resource endowment, salary incentives, doctor-patient relationships, and collaborative services, thereby improving the quality of primary care services.

【Key words】 Health care quality, access, and evaluation; Quality improvement; Patients-centered; Doctor-patient communication; Primary health care institutions; Standardized patient approach

世界卫生组织认为，80% 的健康问题可以在基层医疗卫生机构得到解决[1]。2021 年，我国基层医疗卫生机构门诊总诊疗人次达 42.5 亿人次，占年总诊疗人次的 50.17%。基层医疗服务是居民健康的第一道防线，也是我国医疗卫生服务体系建设的重要组成部分。因此，如何有效提升医疗服务质量，充分发挥基层医疗卫生机构健康“守门人”作用亟须关注[2-3]。为改善医疗服务质量，《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中提到，推进公立医院管理体制改革，坚持以病人为中心，优化服务流程，规范用药、检查和医疗行为[4]。“以患者为中心”给基层公立医疗机构改革和基层医疗服务提出了更高要求，尤其体现在医患沟通方式和医患关系重构中。既往有研究关注了医患沟通和“以患者为中心”的影响因素、实践价值和路径[5-7]。医方医患关系感知影响工作绩效[8]、“以患者为中心”的医疗服务是公立和基层医院的改革方向[9-10]。然而，“以患者为中心”的医患沟通是否提高了医疗服务质量缺少分析，需要对其在基层医疗卫生机构中的效果进行评价。本研究采用标准化病人法进行分析，此研究方法是从事非医疗工作的健康人经过培训后，扮演某种疾病患者特有的症状和体征，模拟患者就诊，并记录医生对该种疾病的诊疗过程，从而对医疗服务质量进行评价[11-12]。本研究将基层医疗卫生机构界定为城市社区卫生服务中心，选择其中的公立医疗机构作为研究对象，分析“以患者为中心”的医患沟通对医疗服务质量的影响，以期为促进“以患者为中心”和基层公立医疗机构改革提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择内蒙古自治区某市主城区内所有提供基本医疗服务的公立社区卫生服务中心为研究现场，于 2021 年采用标准化病人法开展了现场调查。本次调查包括由 26 家医疗机构、59 名医生和 12 名标准化病人组成的 118 条医患沟通数据。本研究选择感冒、哮喘和不稳定型心绞痛作为标准化病人所要扮演的疾病类型。主要原因在于：（1）这 3 种疾病发病率高，属于基层医疗卫生机构常见问题。数据显示，2021 年，流行性感冒位于全国 11 种丙类传染病发病数前 5 位[13]；我国 20 岁及以上人群哮喘患病率为 4.2%，患者人数达 4 570 万，远超预估[14]；不稳定型心绞痛是最常见的心血管疾病之一，《中国心血管健康与疾病报告 2021》中推算心血管病现患病人数为 3.3 亿[15]。（2）这 3 种疾病的诊疗不需过多地借助仪器设备，比较适合基层医疗卫生机构医生诊断，也有利于标准化病人模仿。此调研已通过西安交通大学伦理委员会审查（审批号：2021-1516）。

1.2 主要测量指标

1.2.1 因变量 因变量为医疗服务质量。本文参考美国国家医学院对医疗服务质量的维度划分[16]，从医疗服务有效性、经济性、安全性、及时性四方面衡量基层医疗服务质量。医疗服务的有效性：（1）基层医生对诊

疗规范的依从性，即医生是否按照疾病的诊疗规范（问诊清单和检查清单）进行诊断和检查，包括医生对诊疗规范中推荐问诊条目和推荐检查条目的依从性。（2）诊断正确性。感冒的正确诊断为感冒、上呼吸道感染等；不稳定型心绞痛的正确诊断为心绞痛或不稳定型心绞痛、冠心病等；哮喘的正确诊断为哮喘或过敏性哮喘等。（3）治疗正确性。依据所开药物或处方判断治疗的正确与否。医疗服务经济性：（1）总费用；（2）药品费用。医疗服务的安全性：（1）不必要检查的比例；（2）不必要药物的比例。医疗服务及时性：就诊时间。

1.2.2 自变量 自变量为"以患者为中心"的医患沟通。本研究采用"患者视角以患者为中心医疗卫生服务质量评估量表（PPPC-RC）"测量，该量表共有18个问题，总分54分。该量表包括3个维度，第一维度为探索健康、疾病和疾病体验+增进关系（exploring health，disease and illness experience+enhancing relationship），此维度包括8个问题，总分24分；第二维度为了解整个人（understanding the whole person），此维度包括5个问题，总分15分；第三维度为寻找共同点（finding common ground），此维度包括5个问题，总分15分[17]。信效度分析结果显示，此量表的Cronbach's α 系数为0.943，*KMO* 值为0.922，量表的信效度较高。

1.2.3 控制变量 根据先前研究[11，18]，本研究还考虑了医生性别、标准化病人性别、医生年龄、机构是否参加医联体、是否送小礼物和疾病种类、地区等固定效应作为控制变量。

1.3 质量控制 在调研前3个月告知社区卫生服务中心负责人，课题组将进行标准化病人调查，但不告诉具体时间，以免医生提前获知调查时间而改变其行为。调研结束后，由调研员向标准化病人当场发放问卷，问卷中的指标如"以患者为中心"的医患沟通评分由标准化病人当场进行测量。对问卷进行回收后，问卷回答完整、符合逻辑，并且没有虚、假、错答（例如全部同一选项）的问卷为有效问卷。

1.4 统计学方法 采用Stata 15.1软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，不符合正态分布的计量资料以中位数（四分位数间距）〔*M*（*QR*）〕表示。计数资料以频数和百分比表示。若因变量为数值型数据，采用多元线性回归；因变量为二分类数据，采用Probit回归模型。以 P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 样本特征 59名医生中，男31名（52.5%）；年龄<30岁4名（6.8%），30~39岁19名（32.2%），40~49岁15名（25.4%），≥50岁21名（35.6%）。12名标准化病人中，男5名（41.7%）。26家医疗机构中，22家（84.6%）参加医联体。118人次医患沟通中，送小礼物比例为15.3%（18/118）。118条医患沟通数据显示，中位推荐问诊条目依从性为17.6%（14.6%），中位推荐检查条目依从性为25.0%（40.0%）；其中75条（63.5%）诊断正确，59条（50.0%）治疗正确；中位总费用为84.84（130.44）元，中位药物费用为37.62（47.38）元；其中66条（55.9%）有不必要药物，71条（60.2%）有不必要检查；中位就诊时间为13.625（10.850）min。118条医患沟通数据显示，"以患者为中心"的医患沟通平均得分为（26.712±10.658）分，第一维度得分为（12.915±5.355）分，第二维度得分为（7.492±2.867）分，第三维度得分为（6.305±3.465）分。

2.2 "以患者为中心"的医患沟通对基层公立机构医疗服务质量的影响 以推荐问诊条目依从性（赋值：以实际值纳入）、推荐检查条目依从性（赋值：以实际值纳入）、诊断正确与否（赋值：不正确=0，正确=1）、治疗正确与否（赋值：不正确=0，正确=1）、总费用（赋值：以实际值纳入）、药物费用（赋值：以实际值纳入）、不必要药物情况（赋值：无不必要药物=0，有不必要药物=1）、不必要检查情况（赋值：无不必要药物=0，有不必要药物=1）、就诊时间（赋值：以实际值纳入）为因变量，分别以"以患者为中心"的医患沟通总得分、第一维度得分、第二维度得分和第三维度得分为自变量（赋值：以实际值纳入），以医生性别和年龄、标准化病人性别、机构是否参加医联体、是否送小礼物为控制变量，并控制了疾病、地区的固定效应，分析医患沟通对医疗服务质量的影响。

2.2.1 "以患者为中心"的医患沟通总得分对基层公立机构医疗服务质量的影响 结果显示，"以患者为中心"的医患沟通总得分每增加1分，推荐问诊条目依从性提高0.001个百分点，推荐检查条目依从性增加0.001个百分点，诊断正确率平均上升4.6个百分点，治疗正确率上升4.2个百分点，总费用提高1.993元，药物费用提高0.517元，不必要药物比例下降3.4个百分点，不必要检查比例增加0.2个百分点，就诊时间减少0.291 min，见表1。

2.2.2 "以患者为中心"的医患沟通第一维度得分对基层公立机构医疗服务质量的影响 "以患者为中心"的医患沟通总得分每增加1分，推荐问诊条目依从性提高0.004个百分点，诊断正确率平均上升12.1个百分点，治疗正确率上升9.4个百分点，总费用提高4.498元，药物费用提高1.542元，不必要药物比例下降7.7个百分点，不必要检查比例增加0.3个百分点，就诊时间减少0.558 min，见表2。

2.2.3 "以患者为中心"的医患沟通第二维度得分对基层公立机构医疗服务质量的影响 "以患者为中心"的医患沟通总得分每增加1分，推荐问诊条目依从性提高

表 1 “以患者为中心”的医患沟通及控制变量对医疗服务质量的影响

Table 1 Impact of "patients-centered" doctor-patient communication and control variables on the quality of primary care services

变量	推荐问诊条目依从性		推荐检查条目依从性		诊断正确与否		治疗正确与否		总费用	
	b（95%*CI*）	*P* 值	*b*（95%*CI*）	*P* 值	*b*（95%*CI*）	*P* 值	*b*（95%*CI*）	*P* 值	*b*（95%*CI*）	*P* 值
“以患者为中心”的医患沟通总得分	0.001（−0.000，0.003）	0.147	0.001（−0.003，0.004）	0.790	0.046（0.022，0.071）	<0.001	0.042（0.019，0.065）	<0.001	1.993（−2.491，6.477）	0.380
医生性别（以女性为参照）	0.023（−0.023，0.070）	0.325	−0.013（−0.107，0.081）	0.783	0.176（−0.360，0.713）	0.519	0.073（−0.490，0.636）	0.800	45.355（−43.186，133.895）	0.312
标准化病人性别（以女性为参照）	0.027（−0.021，0.075）	0.266	0.076（−0.022，0.173）	0.127	−0.266（−0.894，0.362）	0.406	−0.77（−1.398，−0.142）	0.016	49.294（−37.463，136.052）	0.262
医生年龄（岁，以<30为参照）										
30~39	−0.020（−0.143，0.103）	0.749	0.247（0.057，0.436）	0.011	0.198（−1.370，1.766）	0.805	−0.316（−1.597，0.965）	0.629	138.093（−4.307，280.493）	0.057
40~49	−0.023（−0.148，0.102）	0.716	0.252（0.059，0.445）	0.011	0.191（−1.418，1.780）	0.816	0.120（−1.222，1.462）	0.861	158.678（14.871，302.485）	0.031
≥ 50	−0.030（−0.151，0.091）	0.620	0.299（0.108，0.489）	0.002	−0.455（−2.036，1.126）	0.573	−0.049（−1.344，1.246）	0.941	219.451（83.279，355.622）	0.002
医联体（以非医联体为参照）	0.005（−0.048，0.057）	0.864	0.042（−0.090，0.174）	0.531	−0.684（−1.439，0.070）	0.076	−0.606（−1.395，0.184）	0.133	50.724（−31.588，133.035）	0.224
小礼物（以未送小礼物为参照）	0.027（−0.030，0.083）	0.361	0.048（−0.106，0.202）	0.541	0.012（−0.669，0.692）	0.973	−0.373（−1.142，0.397）	0.342	−56.466（−138.919，25.987）	0.177
疾病种类（以感冒为参照）										
哮喘	−0.065（−0.124，−0.005）	0.033	−0.180（−0.309，−0.050）	0.007	−0.425（−1.093，0.242）	0.212	−1.671（−2.455，−0.886）	<0.001	13.040（−51.831，77.912）	0.691
不稳定型心绞痛	−0.029（−0.089，0.032）	0.350	0.013（−0.123，0.148）	0.851	−0.929（−1.582，−0.276）	0.005	0.054（−0.601，0.708）	0.873	171.437（71.593，271.281）	0.001
地区效应	控制		控制		控制		控制		控制	
R^2/Pseudo R^2	0.167		0.245		0.206		0.303		0.180	

变量	药物费用		不必要药物情况		不必要检查情况		就诊时间	
	b（95%*CI*）	*P* 值	*b*（95%*CI*）	*P* 值	*b*（95%*CI*）	*P* 值	*b*（95%*CI*）	*P* 值
“以患者为中心”的医患沟通总得分	0.517（0.072，0.962）	0.023	−0.034（−0.055，−0.012）	0.002	0.002（−0.022，0.026）	0.866	−0.291（−1.020，0.437）	0.430
医生性别（以女性为参照）	−1.346（−18.247，15.555）	0.875	−0.141（−0.692，0.410）	0.617	−0.518（−1.073，0.037）	0.067	4.812（−12.810，22.434）	0.589
标准化病人性别（以女性为参照）	−6.166（−25.867，13.535）	0.536	0.843（0.220，1.465）	0.008	0.507（−0.122，1.136）	0.114	−25.282（−74.076，23.513）	0.307
医生年龄（岁，以<30为参照）								
30~39	17.309（−21.487，56.105）	0.378	0.562（−0.569，1.694）	0.330	0.521（−0.553，1.596）	0.342	36.911（−33.811，107.633）	0.303
40~49	11.606（−25.304，48.515）	0.534	0.360（−0.826，1.545）	0.552	0.351（−0.827，1.221）	0.482	10.481（−30.880，51.843）	0.616
≥ 50	12.696（−25.614，51.007）	0.513	0.488（−0.657，1.634）	0.403	0.462（−0.654，1.397）	0.395	9.873（−31.680，1.426）	0.639
医联体（以非医联体为参照）	9.482（−4.453，23.417）	0.180	0.231（−0.533，0.995）	0.554	−0.227（−0.928，0.473）	0.525	−7.804（−29.67，14.067）	0.481
小礼物（以未送小礼物为参照）	4.214（−16.473，24.901）	0.687	0.388（−0.359，1.135）	0.309	−0.293（−0.956，0.369）	0.386	59.096（−48.185，166.376）	0.277
疾病种类（以感冒为参照）								
哮喘	−38.861（−63.234，−14.488）	0.002	1.473（0.729，2.217）	<0.001	0.849（0.185，1.513）	0.012	4.616（−11.932，21.163）	0.581
不稳定型心绞痛	−14.243（−40.557，12.072）	0.286	0.363（−0.266，0.992）	0.257	1.356（0.689，2.023）	<0.001	12.312（−10.371，34.995）	0.284
地区效应	控制		控制		控制		控制	
R^2/Pseudo R^2	0.156		0.230		0.159		0.126	

注：回归中控制了医生患者特征等和疾病效应、地区效应；当因变量为推荐问诊条目依从性、推荐检查条目依从性、总费用、药物费用、就诊时间时，选用多元线性回归；当因变量为诊断正确率、治疗正确率、不必要药物比例、不必要检查比例时，选用 Probit 回归；*n*=118。

表 2 “以患者为中心”的医患沟通第一维度及控制变量对医疗服务质量的影响

Table 2 The impact of the first dimension of "patients-centered" doctor-patient communication and control variables on the quality of primary care services

变量	推荐问诊条目依从性		推荐检查条目依从性		诊断正确与否		治疗正确与否		总费用	
	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值
“以患者为中心”的医患沟通第一维度得分	0.004（0.000，0.007）	0.048	0.000（-0.007，0.008）	0.927	0.121（0.064，0.178）	<0.001	0.094（0.045，0.142）	<0.001	4.498（-4.624，13.619）	0.330
医生性别（以女性为参照）	0.024（-0.022，0.070）	0.307	-0.012（-0.107，0.081）	0.789	0.192（-0.357，0.740）	0.493	0.103（-0.461，0.667）	0.720	46.841（-41.155，134.837）	0.294
标准化病人性别（以女性为参照）	0.030（-0.017，0.078）	0.216	0.076（-0.020，0.017）	0.121	-0.172（-0.804，0.460）	0.594	-0.648（-1.267，-0.029）	0.040	54.273（-29.609，138.154）	0.202
医生年龄（岁，以<30 为参照）										
30~39	-0.029（-0.149，0.090）	0.628	0.247（0.057，0.436）	0.101	-0.057（-1.579，1.464）	0.941	-0.522（-1.887，0.843）	0.453	129.256（-17.559，276.071）	0.084
40~49	-0.030（-0.153，0.091）	0.616	0.252（0.059，0.445）	0.010	-0.016（-1.571，1.540）	0.984	-0.041（-1.463，1.380）	0.954	151.692（6.753，296.631）	0.040
≥ 50	-0.037（-0.155，0.081）	-0.154	0.299（0.108，0.489）	0.002	-0.661（-2.188，0.867）	0.397	-0.146（-1.521，1.230）	0.835	214.578（73.537，355.621）	0.003
医联体（以非医联体为参照）	0.003（-0.049，0.056）	0.905	0.042（-0.090，0.174）	0.526	-0.706（-1.449，0.036）	0.062	-0.616（-1.402，0.169）	0.124	50.177（-31.878，132.233）	0.228
小礼物（以未送小礼物为参照）	0.025（-0.031，0.081）	0.374	0.048（-0.106，0.202）	0.529	0.019（-0.658，0.697）	0.955	-0.357（-1.109，0.396）	0.353	-55.942 -137.685，25.802）	0.178
疾病种类（以感冒为参照）										
哮喘	-0.064（-0.122，-0.005）	0.033	-0.180（-0.309，-0.050）	0.007	-0.369（-1.048，0.310）	0.287	-1.620（-2.409，-0.832）	<0.001	15.473（-47.354，78.300）	0.626
不稳定型心绞痛	-0.027（-0.087，0.032）	0.367	0.013（-0.123，0.148）	0.851	-0.936（-1.597，-0.274）	0.006	0.077（-0.578，0.733）	0.817	172.076（72.512，271.640）	0.001
地区效应	控制		控制		控制		控制		控制	
R^2/Pseudo R^2	0.180		0.245		0.239		0.304		0.179	

变量	药物费用		不必要药物情况		不必要检查情况		就诊时间	
	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值
“以患者为中心”的医患沟通第一维度得分	1.542（0.278，2.807）	0.017	-0.077（-0.124，-0.031）	0.001	0.003（-0.497，0.057）	0.897	-0.558（-2.097，0.980）	0.473
医生性别（以女性为参照）	-0.987（-17.636，15.660）	0.907	-0.163（-0.714，0.387）	0.561	-0.516（-1.067，0.034）	0.066	4.587（-12.784，21.960）	0.602
标准化病人性别（以女性为参照）	-4.823（-24.086，14.440）	0.621	0.752（0.135，1.370）	0.017	0.511（-0.118，1.142）	0.111	-25.995（-75.918，23.926）	0.304
医生年龄（岁，以<30 为参照）								
30~39	13.493（-24.833，51.820）	0.487	0.717（-0.445，1.879）	0.227	0.491（-0.341，1.924）	0.266	37.801（-33.562，109.165）	0.296
40~49	8.444（-29.592，46.481）	0.661	0.475（-0.741，1.690）	0.444	0.392（-0.872，1.194）	0.453	11.147（-29.523，51.817）	0.588
≥ 50	10.039（-28.901，48.980）	0.610	0.557（-0.622，1.736）	0.355	0.445（-0.621，1.543）	0.361	10.218（-30.275，50.712）	0.618
医联体（以非医联体为参照）	8.979（-4.885，22.843）	0.202	0.237（-0.533，1.008）	0.546	-0.227（-0.928，0.473）	0.525	-7.819（-29.694，14.055）	0.480
小礼物（以未送小礼物为参照）	3.845（-17.418，25.109）	0.721	0.385（-0.351，1.122）	0.306	-0.290（-0.951，0.369）	0.488	58.885（-49.148，165.920）	0.278
疾病种类（以感冒为参照）								
哮喘	-38.414（-62.759，-14.068）	0.002	1.435（0.689，2.181）	<0.001	0.852（0.190，1.513）	0.012	4.211（-12.146，20.570）	0.611
不稳定型心绞痛	-13.726（-39.392，11.941）	0.291	0.346（-0.288，-0.980）	0.285	1.356（0.689，2.022）	<0.001	12.311（-10.308，34.931）	0.283
地区效应	控制		控制		控制		控制	
R^2/Pseudo R^2	0.168		0.233		0.159		0.126	

注：回归中控制了医生患者特征等和疾病效应、地区效应；当因变量为推荐问诊条目依从性、推荐检查条目依从性、总费用、药物费用、就诊时间时，选用多元线性回归；当因变量为诊断正确率、治疗正确率、不必要药物比例、不必要检查比例时，选用 Probit 回归；n=118。

0.004 个百分点，推荐检查依从性降低 0.004 个百分点，诊断正确率平均上升 12.2 个百分点，治疗正确率上升 16.0 个百分点，总费用提高 8.192 元，药物费用提高 1.956 元，不必要药物比例下降 14.9 个百分点，不必要检查比例增加 0.8 个百分点，就诊时间减少 1.353 min，见表 3。

表 3 医患沟通第二维度及控制变量对医疗服务质量的影响

Table 3 The impact of the second dimension of "patients-centered" doctor-patient communication and control variables on the quality of primary care services

变量	推荐问诊条目依从性		推荐检查条目依从性		诊断正确与否		治疗正确与否		总费用	
	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值
“以患者为中心”的医患沟通第二维度得分	0.004（-0.002，0.011）	0.206	-0.004（-0.020，0.012）	0.573	0.122（0.028，0.217）	0.011	0.160（0.064，0.256）	0.001	8.192（-11.873，28.257）	0.420
医生性别（以女性为参照）	0.022（-0.024，0.069）	0.347	-0.011（-0.104，0.083）	0.823	0.146（-0.373，0.665）	0.582	0.052（-0.497，0.600）	0.854	43.435（-47.014，133.884）	0.343
标准化病人性别（以女性为参照）	0.028（-0.020，0.076）	0.257	0.079（-0.019，0.177）	0.114	-0.224（-0.835，0.385）	0.470	-0.721（-1.340，-0.101）	0.023	49.752（-36.180，135.683）	0.254
医生年龄（岁，以<30 为参照）										
30~39	-0.013（-0.138，0.111）	0.828	0.248（0.070，0.426）	0.007	0.416（-1.086，1.918）	0.587	-0.085（-1.366，1.195）	0.896	149.118（6.634，291.601）	0.040
40~49	-0.016（-0.142，0.110）	0.801	0.253（0.068，0.437）	0.008	0.384（-1.166，1.935）	0.627	0.366（-0.970，1.703）	0.591	171.188（20.891，321.488）	0.026
≥ 50	-0.024（-0.146，0.099）	0.701	0.302（0.123，0.481）	0.001	-0.196（-1.701，1.310）	0.799	0.211（-1.078，1.499）	0.749	230.756（93.128，368.384）	0.001
医联体（以非医联体为参照）	0.006（-0.045，0.058）	0.804	0.043（-0.088，0.175）	0.518	-0.540（-1.261，0.181）	0.142	-0.533（-1.285，0.219）	0.165	54.108（-30.641，138.856）	0.208
小礼物（以未送小礼物为参照）	0.026（-0.031，0.083）	0.366	0.054 -0.098，0.206）	0.486	0.057（-0.646，0.760）	0.873	-0.423（-1.204，0.357）	0.287	-57.784（-142.828，27.259）	0.181
疾病种类（以感冒为参照）										
哮喘	-0.067（-0.127，-0.007）	0.029	-0.172（-0.304，-0.040）	0.011	-0.488（-1.169，0.192）	0.160	-1.747（-2.515，-0.979）	<0.001	6.812（-62.654，76.277）	0.846
不稳定型心绞痛	-0.028（-0.089，0.032）	0.358	0.009（-0.1270.145）	0.892	-0.888（-1.517，-0.259）	0.006	0.064（-0.590，0.718）	0.848	172.577（70.909，274.246）	0.001
地区效应	控制		控制		控制		控制		控制	
R^2/Pseudo R^2	0.163		0.247		0.152		0.290		0.179	

变量	药物费用		不必要药物情况		不必要检查情况		就诊时间	
	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值
“以患者为中心”的医患沟通第二维度得分	1.956（-0.245，4.158）	0.081	-0.149（-0.239，-0.059）	0.001	0.008（-0.173，0.188）	0.935	-1.353（-4.482，1.774）	0.393
医生性别（以女性为参照）	-1.767（-19.278，15.744）	0.842	-0.112（-0.658，0.434）	0.688	-0.877（-1.865，0.111）	0.082	5.164（-12.784，23.112）	0.570
标准化病人性别（以女性为参照）	-5.966（-25.949，14.016）	0.555	0.814（0.189，1.438）	0.011	0.859（-0.271， 1.990）	0.136	-25.274（-74.044，23.497）	0.307
医生年龄（岁，以<30 为参照）								
30~39	20.136（-17.881，58.153）	0.296	0.361（-0.798，1.520）	0.541	0.520（-0.553，1.594）	0.342	35.269（-33.101，103.639）	0.309
40~49	14.783（-21.035，50.600）	0.415	0.148（-1.066，1.363）	0.811	0.360（-0.831，1.216）	0.722	8.590（-32.069，49.248）	0.676
≥ 50	15.640（-21.879，53.159）	0.410	0.271（-0.894，1.437）	0.648	0.451（-0.654，1.443）	0.563	8.231（-33.442，49.905）	0.696
医联体（以非医联体为参照）	10.368（-3.614，24.350）	0.144	0.190（-0.556，0.935）	0.618	-0.334（-1.519，0.849）	0.580	-8.291（-30.669，14.086）	0.464
小礼物（以未送小礼物为参照）	4.035（-16.745，24.815）	0.701	0.433（-0.318，1.185）	0.258	-0.507（-1.592，0.579）	0.361	59.440（-48.385，167.264）	0.277
疾病种类（以感冒为参照）								
哮喘	-40.253（-65.658，-14.847）	0.002	1.594（0.848，2.341）	<0.001	1.415（0.251，2.579）	0.017	5.734（-11.235，22.704）	0.504
不稳定型心绞痛	-14.043（-39.812，11.724）	0.282	0.340（-0.294，0.975）	0.293	2.233（1.073，3.393）	<0.001	12.055（-10.396，34.506）	0.289
地区效应	控制		控制		控制		控制	
R^2/Pseudo R^2	0.153		0.233		0.159		0.127	

注：回归中控制了医生患者特征等和疾病效应、地区效应；当因变量为推荐问诊条目依从性、推荐检查条目依从性、总费用、药物费用、就诊时间时，选用多元线性回归；当因变量为诊断正确率、治疗正确率、不必要药物比例、不必要检查比例时，选用 Probit 回归；n=118。

2.2.4 “以患者为中心”的医患沟通第三维度得分对基层公立机构医疗服务质量的影响 “以患者为中心”的医患沟通总得分每增加 1 分，推荐检查依从性增加 0.008 个百分点，诊断正确率平均上升 6.7 个百分点，治疗正确率上升 10.8 个百分点，总费用提高 4.540 元，药物费用提高 0.717 元，不必要药物比例下降 8.8 个百分点，不必要检查比例增加 0.6 个百分点，就诊时间减少 0.419 min，见表 4。

表 4 “以患者为中心”的医患沟通第三维度及控制变量对医疗服务质量的影响

Table 4 The impact of the third dimension of "patients-centered" doctor-patient communication and control variables on the quality of primary care services

变量	推荐问诊条目依从性		推荐检查条目依从性		诊断正确与否		治疗正确与否		总费用	
	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值
“以患者为中心”的医患沟通第三维度得分	0.000（−0.005，0.005）	0.962	0.008（−0.005，0.022）	0.219	0.067（0.007，0.142）	0.077	0.108（0.027，0.189）	0.009	4.540（−12.526，21.606）	0.599
医生性别（以女性为参照）	0.024（−0.023，0.071）	0.307	−0.013（−0.109，0.078）	0.738	0.178（−0.341，0.697）	0.501	0.129（−0.426，0.685）	0.648	45.443（−42.405，133.291）	0.307
标准化病人性别（以女性为参照）	0.029（−0.018，0.077）	0.219	0.076（−0.031，0.163）	0.182	−0.217（−0.820，0.385）	0.479	−0.791（−1.431，−0.151）	0.015	47.620（−44.830，140.071）	0.309
医生年龄（岁，以<30 为参照）										
30~39	−0.015（−0.150，0.121）	0.831	0.242（0.316，0.457）	0.025	0.357（−1.148，1.863）	0.642	−0.212（−1.402，0.978）	0.727	143.704（2.970，284.437）	0.045
40~49	−0.018（−0.154，0.119）	0.796	0.244（0.032，0.457）	0.025	0.253（−1.314，1.821）	0.751	0.190（−1.079，1.458）	0.769	162.337（16.076，308.598）	0.030
≥ 50	−0.024（−0.157，0.109）	0.723	0.287（0.075，0.499）	0.008	−0.267（−1.787，1.252）	0.730	−0.012（−1.241， 1.216）	0.984	223.320（90.784，355.856）	0.001
医联体（以非医联体为参照）	0.007（−0.047，0.060）	0.808	0.035（−0.098，0.168）	0.600	−0.581（−1.321，0.158）	0.123	−0.591（−1.384， 1.202）	0.144	50.363（−32.655，133.381）	0.232
小礼物（以未送小礼物为参照）	0.030（−0.027，0.086）	0.298	0.038（−0.116，0.193）	0.622	0.076（−0.627，0.779）	0.833	−0.436（−1.262，0.391）	0.302	−55.742（−139.982，28.499）	0.192
疾病种类（以感冒为参照）										
哮喘	−0.062（−0.122，−0.002）	0.042	−0.185（−0.314，−0.055）	0.006	−0.357（−1.025，0.311）	0.296	−1.594（−2.374，−0.813）	<0.001	14.242（−52.896，81.380）	0.675
不稳定型心绞痛	−0.031（−0.092，0.031）	0.326	0.010（−0.123，0.144）	0.877	−0.929（−1.551，−0.308）	0.003	0.052（−0.673，0.569）	0.870	167.055（71.911，262.200）	0.001
地区效应	控制		控制		控制		控制		控制	
R^2/Pseudo R^2	0.154		0.256		0.127		0.274		0.174	

变量	药物费用		不必要药物情况		不必要检查情况		就诊时间	
	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值	b（95%CI）	P 值
“以患者为中心”的医患沟通第三维度得分	0.717（−1.580，3.014）	0.537	−0.088（−0.163，−0.012）	0.023	0.006（−0.075，0.087）	0.882	−0.419（−1.798，2.636）	0.709
医生性别（以女性为参照）	−1.148（−18.115，15.819）	0.894	−0.168（−0.711，0.376）	0.545	−0.518（−1.076，0.036）	0.067	4.388（−12.943，21.718）	0.617
标准化病人性别（以女性为参照）	−5.987（−24.155，12.181）	0.515	0.872（0.245，1.499）	0.006	0.507（−0.124，1.129）	0.116	−26.478（−77.729，24.773）	0.308
医生年龄（岁，以<30 为参照）								
30~39	19.151（−19.074，57.376）	0.323	0.495（−0.602， 1.593）	0.376	0.526（−0.554，1.606）	0.340	35.184（−31.102，101.469）	0.295
40~49	13.115（−22.145，48.375）	0.462	0.303（−0.863， 1.468）	0.611	0.413（−0.922， 1.038）	0.599	8.630（−28.941，46.201）	0.650
≥ 50	14.508（−22.259，51.275）	0.436	0.471（−0.651， 1.593）	0.410	0.453（−0.711， 1.349）	0.381	7.411（−31.732，46.555）	0.708
医联体（以非医联体为参照）	9.909（−4.354，23.972）	0.173	0.236（−0.528，0.999）	0.545	−0.228（−0.932，0.475）	0.525	−8.739（−31.591，14.114）	0.450
小礼物（以未送小礼物为参照）	4.997（−15.061，25.054）	0.622	0.427（−0.352，1.206）	0.283	−0.293（−0.961，0.375）	0.390	59.593（−47.027，162.214）	0.278
疾病种类（以感冒为参照）								
哮喘	−38.200（−61.563，−14.838）	0.002	1.432（0.688，2.176）	<0.001	0.849（0.184，1.515）	0.012	3.621（−12.907，20.148）	0.665
不稳定型心绞痛	−15.297（−41.576，10.982）	0.251	0.446（−0.163，1.055）	0.151	1.356（0.688，2.013）	<0.001	2.759（−10.297，35.814）	0.275
地区效应	控制		控制		控制		控制	
R^2/Pseudo R^2	0.143		0.209		0.159		0.125	

注：回归中控制了医生患者特征等和疾病效应、地区效应；当因变量为推荐问诊条目依从性、推荐检查条目依从性、总费用、药物费用、就诊时间时，选用多元线性回归；当因变量为诊断正确率、治疗正确率、不必要药物比例、不必要检查比例时，选用 Probit 回归；n=118。

3 讨论

3.1 关于本文所用研究方法 本文采用标准化病人法：一方面，本研究在获得了伦理审批和知情同意的情况下，通过录音记录医疗服务过程，有效避免医生的“霍桑效应”；另一方面，在整个就诊过程中，使用录音笔或者相关录音设备记录，还原就医细节，不受回忆影响。此外，患者病例“剧本”和所展现的病情一致，能够有效反映不同诊疗中的医疗服务质量差异，因此标准化病人方法允许在不同类型和不同位置的医疗机构之间进行比较[19]。

3.2 医患沟通的“以患者为中心”程度不足，医疗服务质量较低 本研究结果显示，在“以患者为中心”的医患沟通得分方面，平均分约为 27 分。“以患者为中心”得分相对较低，与之前的研究结果一致[20]。先前研究结果表明，医生医患沟通的意识需要加强[21]、医生对医患关系存在消极与自卫心理[22]，是影响医患沟通质量的阻碍因素。其中，医患沟通 3 个维度平均分均在 50% 左右，了解患者和医患达成共识方面的得分率更低。这与之前的研究一致，我国基层医务人员工作压力大和患者集中，使得医患之间仅限于疾病之间的交流，因此在患者其他情况的了解上就会得分较低[23]。

本研究结果显示，在医疗服务依从性方面，医生对推荐问诊条目和推荐检查条目的依从性分别为 17.6%（14.6%）和 25.0%（40.0%），整体依从性不高，和此前针对西安市的研究结论基本一致[11]。研究结果还显示，在医疗服务有效性方面，治疗正确率（50.0%）相对较低。从这两方面来看，医生的诊疗规范性较低且正确性较低，可能原因为基层医疗卫生机构设备少、医生诊断水平较低[24]。在医疗服务经济性方面，总费用和总药费平均为 84.84（130.44）元和 37.62（47.38）元。在公立医疗机构改革中取消药品加成后，“以药养医”现象减少，而“以械养医”成为医疗服务费用上升的重要因素。本研究关于医疗服务安全性的结果佐证了这一点，结果显示不必要药物比例为 55.9%，不必要检查比例为 60.2%，不必要药物和检查比例相对较高，符合之前的研究结果[25-27]。对于药物和检查的不必要使用增加了总体费用和患者负担。

3.3 “以患者为中心”的医患沟通有利于提高医疗服务质量

3.3.1 “以患者为中心”的医患沟通提高了医疗服务依从性、有效性、安全性 本研究回归分析结果显示，“以患者为中心”的医患沟通有利于提高推荐问诊条目依从性、诊断正确率、治疗正确率，并降低了不必要药物比例。医生通过沟通收集信息，在了解患者病情的同时，也会建立良好的医患关系，促进患者的表达，从而能够丰富病情判断和诊疗方案。随着社会经济发展，患者对接受医疗服务过程的实际感受及便捷程度的要求越来越高[28]。尤其是在步入新时代后，公众对于健康与医疗服务的需求日益增加。此前有研究认为，当医生无法识别患者情绪、感知患者需求并进行换位思考时，容易导致医患关系紧张[29]。因此，有必要在基层公立医疗机构改革中，继续加深“以患者为中心”的医患沟通，以提高医疗服务质量。

3.3.2 “以患者为中心”的医患沟通增加了医疗费用 本研究回归分析结果显示，“以患者为中心”的医患沟通还提高了总费用和药物费用。这也与之前的研究一致，基层医生医疗行为不规范，存在“大检查、大处方”现象，出现供方诱导需求[11]。基层公立医疗机构的医生也有盈利动机，曾有研究者指出，公立医院公益性发生了偏离，需要平衡医院公益性目标与自利性目标，促进医院为患者提供优质医疗服务[30]。

本研究仍有几个局限性：第一，样本量较少，部分指标未显示出统计学差异，可能与统计效能不足有关；第二，标准化病人方法仅限于那些没有明显身体症状、不需要侵入性检查和更容易描述的病例，基于这些疾病的结果可能不代表基层医生更广泛的疾病治疗水平；第三，本文的研究集中于相关性分析而不是因果分析。

总体而言，基层公立医疗机构的医疗服务质量存在进一步提高的空间，需要继续推进公立医疗机构改革，加强“以患者为中心”的医患沟通。根据卫生系统宏观模型[31]，本文从资源禀赋、薪资激励、医患关系、协同服务四方面出发提出建议：第一，需要对公立医疗机构医生进行定期接受系统培训的改革，以加强规范、高效的人才队伍建设，发挥技术、设备和资金等资源优势；第二，可通过薪资制度激励平衡医疗机构和医生的自利倾向和公益属性，控制药费、检查费等医疗费用的不合理增长；第三，公立医疗机构要树立“以患者为中心”的诊疗理念，突出公益性，从医患沟通着手，尤其需要进一步了解患者，使医患达成共识，改善医患关系；最后，发挥医联体对于基层公立医疗机构的支持作用，形成医疗服务协同供给格局。

作者贡献：李东旭进行文章的构思与设计，负责资料的收集、数据分析及文章撰写；苏敏负责文章的构思与设计、文章修订和文章质量控制；刘斌、张天娇、张苇乐负责资料的收集和整理、文章的修订。所有作者确认了论文的最终稿。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 黄蛟灵，梁鸿，张宜民，等．家庭医生制度本土化困境与策略：以上海市虹口区为例［J］．中国卫生政策研究，2016，9（8）：37-43. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2016.08.007.

[2] 赵大海．我国城市社区卫生服务机构的公益性研究：基于财政

投入与工作动机的比较［J］. 中国行政管理，2018，34（12）：72–77. DOI：10.19735/j.issn.1006–0863.2018.12.13.

［3］岳大海，金音子，何莉，等．“强基层”政策的逆向效果与应对策略——以安徽省肥西县为例［J］. 中国卫生政策研究，2015，8（10）：19–23. DOI：10.3969/j.issn.1674–2982.2015.10.004.

［4］中央政府门户网站．中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见［EB/OL］.（2009–03–17）［2022–09–28］. http://www.gov.cn/test/2009–04/08/content_1280069.htm.

［5］DOUBOVA S V，GUANAIS F C，PÉREZ–CUEVAS R，et al. Attributes of patient–centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil，Colombia，Mexico and El Salvador［J］. Health Policy and Planning，2016，31（7）：834–843. DOI：10.1093/heapol/czv139.

［6］沈婉婉，鲍勇．医患双方对医患关系的认知差异研究［J］. 中国全科医学，2015，18（19）：2329–2332. DOI：10.3969/j.issn.1007–9572.2015.19.020.

［7］吕兰婷，傅金澜，王汐．以患者为中心的卫生决策体系构建——基于个体与全民水平的思考［J］. 中国医院管理，2021，41（12）：41–46.

［8］李琴，李俊龙．公立医院护士医患关系感知现状及对工作绩效的影响［J］. 解放军护理杂志，2021，38（11）：21–24. DOI：10.3969/j.issn.1008–9993.2021.11.006.

［9］刘美辰，刘伟，陶思怡，等．公立医院患者就医环节满意度分析［J］. 中国医院管理，2019，39（7）：28–30.

［10］CHO Y，CHUNG H，JOO H，et al. Comparison of patient perceptions of primary care quality across healthcare facilities in Korea：a cross–sectional study［J］. PLoS One，2020，15（3）：e0230034. DOI：10.1371/JOURNAL.PONE.0230034.

［11］苏敏，周忠良．医疗联合体及其模式对城市基层医疗服务质量的影响：基于标准化病人法［J］. 中国卫生政策研究，2021，14（9）：41–46. DOI：10.3969/j.issn.1674–2982.2021.09.007.

［12］JAN–JOOST R，SIMONE G，LONNEKE B，et al. Unannounced standardized patients in real practice：a systematic literature review［J］. Medical Education，2010，41（6）：537–549. DOI：10.1111/J.1365–2929.2006.02689.X.

［13］卫生健康委网站．2021 年我国卫生健康事业发展统计公报［EB/OL］.（2022–07–12）［2022–09–28］. http://www.gov.cn/xinwen/2022–07/12/content_5700670.htm.

［14］中国新闻网．我国成人哮喘患者人数达 4 570 万［EB/OL］.（2019–06–26）［2022–09–28］. http://health.cnr.cn/jkgdxw/20190626/t20190626_524663922.shtml.

［15］马丽媛，王增武，樊静，等．《中国心血管健康与疾病报告 2021》要点解读［J］. 中国全科医学，2022，25（27）：3331–3346. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2022.0506.

［16］HOAGWOOD K E，BURNS B J. Vectoring for true north：building a research base on family support［J］. Adm Policy Ment Health，2014，41（1）：1–6. DOI：10.1007/s10488–013–0516–2.

［17］NGUYEN T N，NGANGUE P A，RYAN B L，et al. The revised Patient Perception of Patient–Centeredness Questionnaire：exploring the factor structure in French–speaking patients with multimorbidity［J］. Health Expect，2020，23：904–909. DOI：10.1111/hex.13068.

［18］SU M，ZHOU Z L，SI Y F，et al. Effect of health alliances on the quality of primary care in urban China：a coarsened exact matching difference–in–differences analysis［J］. Lancet，2019，394：86. DOI：10.1016/S0140–6736(19)32422–5.

［19］SYLVIA S，SHI Y，XUE H，et al. Survey using incognito standardized patients shows poor quality care in China's rural clinics［J］. Health Policy and Planning，2015，30（3）：322–333. DOI：10.1093/heapol/czu014.

［20］张锦丹，陈小帆，毛秀华，等．慢性病患者的基层卫生服务质量评价研究［J］. 中国全科医学，2022，25（19）：2391–2398. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2022.0017.

［21］张玥，喻荣彬，王锦帆．新医改环境下我国医患信息沟通状态调查［J］. 中国公共卫生，2019，35（8）：949–952. DOI：10.11847/zgggws1120327.

［22］黄晓玲，戴良铁．医生群体因素在医患关系中影响及评价［J］. 中国公共卫生，2016，32（9）：1246–1248. DOI：10.11847/zgggws2016–32–09–29.

［23］袁莎莎，勇志鹏，王芳，等．基于典型案例的纵向整合模式下基层医疗卫生机构服务质量研究［J］. 中国卫生政策研究，2017，10（7）：41–46. DOI：10.3969/j.issn.1674–2982.2017.07.007.

［24］肖文，牛仕良，董信春，等．经济欠发达地区区域医疗一体化管理实践［J］. 中国医院管理，2021，41（2）：88–90.

［25］丁雅明，陈彦东，孙婉琴，等．不稳定型心绞痛住院患者费用分析［J］. 中国老年学杂志，2020，40（18）：4003–4006. DOI：10.3969/j.issn.1005–9202.2020.18.060.

［26］黄加宝，王爱平，宋虹汛，等．荆门市基层医疗卫生机构门诊合理用药现状及其影响因素［J］. 医学与社会，2020，33（9）：48–53. DOI：10.13723/j.yxysh.2020.09.011.

［27］丁希，王俊华．我国公立医院改革嵌入公共价值理论的制度设计［J］. 苏州大学学报（哲学社会科学版），2018，39（5）：55–63. DOI：10.19563/j.cnki.sdzs.2018.05.008.

［28］汪文新，江舜杰，田怀谷．医疗服务质量对医患关系的影响研究——基于患者视角［J］. 卫生经济研究，2018，35（4）：26–30. DOI：10.14055/j.cnki.33–1056/f.20180404.013.

［29］杨艳杰，褚海云，杨秀贤，等．共情能力在医生压力与医患关系间的中介效应［J］. 中国公共卫生，2021，37（1）：153–156. DOI：10.11847/zgggws1126795.

［30］孟祥伟，王澜，吴群红，等．多维视角下和谐医患关系构建［J］. 中国公共卫生，2020，36（8）：1163–1166. DOI：10.11847/zgggws1122501.

［31］郝模．卫生政策学［M］. 北京：人民卫生出版社，2013：32.

（收稿日期：2023–02–21；修回日期：2023–06–24）

（本文编辑：张亚丽）